Rok XXXIX. Kraków, 10 Listopada 1900. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek wyleczonej kiły serca.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz,

b. asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniwers. Jagiell.

Jad kiłowy ze szczególniejszem upodobaniem nagabuje narząd krążenia. Już w okresie kiły drugorzędnej, na krótki czas przed wybuchem wysypki, występuje arytmia u niektórych osobników, najczęściej u starców i pijaków, u których narząd krążenia nie jest zupełnie prawidłowy; jaka jest przyczyna tego objawu, nie wiemy: na razie jest on dla chorego bez większego znaczenia, ustępuje rychło przy leczeniu swoistem, zastósowanem do usunięcia zmian drugorzędnych; na przyszłość jednak każe źle rokować, gdyż już po kilku latach występują najczęściej zmiany kiłowe w narządzie krążenia, albo w układzie nerwowym.

Zmiany kiłowe w sercu w okresie kiły późniejszej przedstawiają się anatomicznie pod postacią: 1) śródmiąższowego zapalenia mięśnia sercowego *(myocarditis fibrosa s. interstitialis)*; chorobowa ta sprawa polega najprawdopodobniej na zmianach w naczyniach *(endarteriitis obliterans syphilitica)* z ogniskowem następowem obumieraniem mięśnia sercowego i bujaniem tkanki łącznej, upośledzając w ten sposób, zależnie od rozległości sprawy chorobowej, sprawność mięśnia sercowego; 2) zapalenia mięśnia sercowego kilakowego (*myocarditis gummosa*), w którem przychodzi do wytworzenia różnej wielkości kilaków w mięśniu sercowym. Anatomicznie nie różni się ta postać niczem od kilaków mięśniowych, a pociąga za sobą również z powodu ubytku kurczliwej tkanki sercowej, zaburzenia w czynności tego narządu.

Dość często występują obie postacie obok siebie.

Osierdzie, wsierdzie i zastawki najczęściej dopiero później *per continuitatem* ulegają zmianom chorobowym. Jest to szczegół bardzo ważny, gdyż z powodu tego właśnie umiejscowienia kiła serca przez pewien — dłuższy nawet czas jest niedostępną dla badania, chorzy nie odczuwają grożącego niebezpieczeństwa i nie szukają dlatego porady. Sprawa chorobowa postępuje naprzód, występuje arytmia. Jeśli w tym okresie mięsień sercowy posiada jeszcze dostateczną ilość zdrowych włókien, gdy niema objawów niedomogi, a tło kiłowe wcześnie zostało rozpoznane i zastosowano odpowiednie leczenie, rokowanie jest pomyślne. Przedmiotowo, prócz arytmii i miernego przerostu serca, niczego więcej nie można sprawdzić i dlatego przypadki te często są uważane za arytmię na tle nerwowem i odpowiednio do tego leczone. W tym okresie wyleczone przypadki kiły serca opisali: Lancereaux, Vitone, Rumpf; Hallopeau, Rosenfeld, Wetzomow, Woronkow i inni.

Objawy znużenia serca występują w tym okresie, w którym zmiany daleko już są posunięte: występują obok arytmii napady dusznicy; przedmiotowo stwierdzić można rozszerzenie serca, szmery zastawkowe i obrzęki: ogólny obraz choroby w tym okresie niczem się nie różni od choroby serca, powstałej z innych przyczyn.

Przydarzają się przypadki nagłego zejścia śmiertelnego u ludzi na pozór zupełnie zdrowych, którzy nie doznawali przypadłości ze strony serca; w jednym z takich przypadków znajdziemy na sekcyi kiłę serca, daleko posuniętą, w innym są zmiany tak nieznaczne, że ustania nagłego czynności tego narządu nie tłómaczą. Takie przypadki nieznacznych zmian kiłowych w mięśniu sercowym z zejściem śmiertelnem opisali Fournier, T. Lang, Rumpf, Vitone i tłómaczą porażenie serca schorzeniem narządu nerwowego, zawiadującego ruchami serca, a znajdującego się w samym mięśniu.

W przypadku, gdzie występuje już rozstrzeń serca ze wszystkiemi następstwami, swoiste leczenie może chwilowo spowodować poprawę, ale tylko pozorną, w krótkim bowiem czasie występuje w całej pełni na nowo niedomoga mięśnia sercowego i śmiertelne zejście. Według zdania autorów rokowanie powinno być w tych przypadkach zawsze niepomyślne. A przecież wydarzają się, niewątpliwie bardzo rzadko, przypadki, które i w tym jeszcze okresie wyleczone być mogą i taki właśnie przypadek z własnej praktyki chcę podać do wiadomości ogółu kolegów.

Chory N., liczący lat 36, urzędnik sądowy, chorób zakaźnych ostrych, w szczególności zapalenia gośćcowego stawów nie przechodził. Od lat kilkunastu nadużywał napojów wyskokowych. W r. 1883 leczył się z powodu owrzodzenia na członku, które w kilka tygodni się zagoiło; — wysypki sobie nie przypomina, leczenia rtęcią wtedy nie przechodził. Pięć lat później, w roku 1888, z powodu zmian na członku, które jeden z specyalistów (Prof. Rosner) uznał za nawrót kiły drugorzędnej, leczył się pigułkami rtęciowemi; wskutek tego leczenia zmiany wkrótce ustąpiły. Z początkiem roku 1890 wystąpiła nieregularna akcya serca, utrzymująca się przez kilkanaście dni, potem nastąpiła pauza kilkutygodniowa, wolna od tego objawu, poczem znowu wystąpiło naprzemian bicie serca i pauza kilkutygodniowa. Taki stan utrzymywał się aż do lata 1892. W lipcu 1892 podczas ćwiczeń wojskowych bicie serca wystąpiło naraz bardzo silne, przyczem chory stracił przytomność, a stan taki trwał przeszło godzinę i z trudem tylko udało się lekarzowi przyprowadzić go do przytomności. Od tego czasu stan chorego pogarszał się coraz bardziej: bicie serca z osłabieniem, jednak bez utraty przytomności, pojawiało się coraz częściej, pauzy wolne od napadów były coraz krótsze (4—5 dni); z początkiem roku 1897 przyłączyły się zawroty głowy, a w listopadzie tegoż roku nagła utrata mowy bez utraty przytomności. Chory zaledwie bełkotał niewyraźnie. Po trzech dniach pobytu w szpitalu mowa wyraźna zaczęła powracać tak, że po 8 dniach wypuszczono chorego ze szpitala

z poleceniem używania *Ticnt. strophanti* i wstrzymywania się od napojów wyskokowych.

W styczniu r. 1898 z powodu dreszczów, gorączki i powiększonej śledziony (miała to być zdaniem lekarzy zimnica), podawano choremu jakiś czas chininę, a z powodu słabnącej akcyi serca i wystąpienia obrzęków, równocześnie po kolei cały arsenał środków podniecających serce: stare wino, kofeinę z bromem, *tinct. strophanti c t. convallar. maj.*, wreszcie naparstnicę, a gdy obrzęki nie ustępowały, proszki kalomelowe. Stan pogarszał się coraz bardziej, aż wreszcie chory w połowie lipca 1898 przyjechał do Krakowa, w celu poddania się tu leczeniu. Skłoniło go do tego kroku coraz częściej i silniej występujące bicie serca, napady duszności i ogólne wycieńczenie. W Krakowie napady duszności były tak silne, że groziły życiu chorego. Według opowiadania kol. Dra Buzdygana, który chorego po przybyciu do Krakowa objął w leczenie, napady duszności, występujące co drugi dzień, przedstawiały się, jak następuje: W czasie napadu chory oblewał się potem, twarz i wargi były sine, usta szeroko otwarte, wyraz twarzy zdradzający trwogę. Oddech w najwyższym stopniu utrudniony, połączony z charczeniem i rzężeniami. W pozycyi klęczącej trzymał się chory oburącz krawędzi łóżka z podaną naprzód klatką piersiową. Podczas napadu tętno stawało się bardzo słabe, nieregularne, szybkie (140—150 na minutę); od czasu do czasu wykrztuszał chory znaczną ilość krwi. Zalecony przez kol. Buzdygana, który podejrzywał tło kiłowe, — rozczyn jodku potasowego (8:200, 3 łyżki dziennie), złagodził napady o tyle, że trwały krócej i nie były tak męczące. W dniu 30 lipca 1898 wspólnie z kolegą Buzdyganem stwierdziliśmy następujący stan obecny:

Mężczyzna wzrostu słusznego, o kośćcu silnie zbudowanym i nie okazującym zmian chorobowych. Na skórze zmian kiłowych lub śladów po przebytych zmianach, jako też i na członku, wykazać nie było można. Gruczoły karkowe i pachwinowe zaledwo macalne, nie bardzo zbite; tkanka tłuszczowa zanikła, — mięśnie wiotkie. Źrenice równe, oddziaływują energicznie na światło; błona śluzowa jamy ustnej blada, wargi sinoblade. W płucu prawem od tyłu w płacie dolnym ograniczone stłumienie, wielkości dłoni dziecka, wdech i wydech w tem miejscu oskrzelowy z licznemi rzężeniami. Uderzenie koniuszka sercowego, widzialne na 3 ctm. na zewnątrz linii sutkowej i macalne w szóstym przestworze międzyżebrowym; ruchy serca widoczne również w dołku podsercowym. Stłumienie na lewo schódzi się z uderzeniem koniuszka sercowego, na prawo sięga do linii przymostkowej prawej; granica górna na górnym brzegu trzeciego żebra. Przysłuchem nad koniuszkiem serca i u podstawy, zamiast pierwszego tonu, szmer, drugi ton głuchy; nad komorą prawą szmer skurczowy, drugi ton głuchy. Nad aortą pierwszy ton głuchy, drugi zmięszany ze szmerem. Nad tętnicą płucną dwa tony głuche. Tętnica sprychowa równa, słabo napięta, tętno szybkie (120 na minutę) — nieregularne, co kilkanaście uderzeń słabych, 2 lub 3 uderzenia silniejsze.

Brzuch zapadły, niebolesny, w kiszce grubej wielka ilość zbitego kału — w jamie brzusznej płynu wykazać nie można. Wątroba jednostajnie w całości powiększona, o powierzchni gładkiej, dolna granica sięga blizko pępka, na lewo stłumienie schodzi się ze stłumieniem śledziony. Śledziona łatwo macalna, niebolesna, wypukiem w trójnasób powiększona. Podudzia, a w szczególności okolica kostek, miernie obrzękłe.

Odruchy kolanowe nieco zwiększone, sferę umysłową cechuje znużenie i apatya.

Ilość moczu skąpa (około 700 grm. na dobę), mocz wysycony, z kwasem azotowym daje obrączkę białka.

Plwocina obfita, śluzowo-ropna, ze znaczną przymieszką płynnej i skrzepłej krwi.

Po wykluczeniu innych przyczyn, wywołujących podobne zmiany, przyjęliśmy w tym przypadku tło kiłowe i jakkolwiek ogólny stan chorego był bardzo ciężki, wyniszczenie daleko posunięte i nawet kolega Buzdygan był w początku właśnie z tych powodow przeciwny podaniu rtęci, to przecież, gdyśmy następnie wzięli pod rozwagę, że chory w tym stanie nie ma nic do stracenia, zaleciliśmy mu wcierania z szaruchy, które po dokładnem przygotowaniu jamy ustnej, zaczęto stosować po 3 gramy dziennie w dniu 2 sierpnia. Równocześnie chory zażywał dalej jodek potasowy w rozczynie 8:200, trzy łyżki dziennie. Środków wzmacniających serce nie podano.

Skutek tego leczenia przewyższył nasze oczekiwania. Już przy 8-mem wcieraniu arytmia ustąpiła, a po 14 stwierdzić było można ustąpienie szmeru nad aortą i szmeru skurczowego nad komorą prawą; w ich miejsce wystąpiły tony, a nad koniuszkiem serca, obok szmeru skurczowego, pojawił się ton; serce skrzepiło się, a wymiary jego zmniejszyły się wybitnie. Tętno stało się dość dobrze napięte, regularne, liczba uderzeń 90 na minutę. W tym czasie nastąpiła również zmiana w płucach, chory wykrztuszał krew tylko przez pierwsze 5 dni w ilości coraz skąpszej. Wątroba i śledziona zmalały wybitnie, ilość moczu zwiększyła się w dwójnasób, białko ustąpiło, również i obrzęki na kończynach. Wejrzenie chorego poprawiło się, wróciło łaknienie, miejsce apatyi zajęła wiara w zupełne wyleczenie. W tym czasie chory, który opuszczał na kilka godzin łóżko, ważył 64 kilogramów. Polecono mu dalej wcierania i jodek potasowy. Wcierań zrobił razem 40; dwukrotnie byliśmy zmuszeni przerwać je na kilka dni z powodu obrzmienia dziąseł; poza tem rtęć znosił bardzo dobrze. Objawy chorobowe ustępowały tak, że po skończonem leczeniu rtęcią pozostał tylko rozlany ton skurczowy nad koniuszkiem serca, połączony z krótkim szmerem; ciężar ciała podniósł się na 76 kilogr.

Stan ten utrzymuje się do dnia dzisiejszego (przeszło dwa lata), a chory oddaje się swemu zajęciu.

Opisany przebieg choroby, z osobliwie pomyślnym wynikiem leczenia rtęcią, uprawnia nas w tym przypadku do rozpoznania *Myo-et-endocarditis syphilitica*. Co do postaci zapalenia mięśnia sercowego, to przebieg choroby przemawia za pierwotnem zapaleniem śródmiąższowem; gdyby to bowiem było zapalenie kilakowate, to chory tą postacią dotknięty, nieleczony przytem ani rtęcią, ani jodem, nie wytrwałby tak długo. Wszak już w r. 1890, a więc na 8 lat przed naszem rozpoznaniem, wystąpiła u niego arytmia, będąca najprawdopodobniej już wtedy wyrazem istniejących zmian w mięśniu sercowym, które mogły się zacząć rozwijać daleko wcześniej, niesprawiając choremu z początku żadnych dolegliwości. Zmiana ta chorobowa rozwijała się niezwykle powoli przez całe lata, a w ostatnim dopiero czasie wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego: wówczas mogły się wytworzyć kilaki, za czemby przemawiało dosyć nagłe wystąpienie groźnych objawów niedomogi mięśnia sercowego; w każdym razie nie musiały to być zmiany trwałe, skoro przy leczeniu rtęcią tak rychło nastąpiła poprawa. Obok zmian w mięśniu sercowym, można przyjąć w tym przypadku i następowe zmiany w narządzie nerwowym, zawiadującym automatycznymi ruchami serca.

Za zajęciem wsierdzia przemawia do dzisiaj utrzymujący się szmer skurczowy obok 1-go tonu nad komorą lewą, pomimo ustąpienia rozstrzeni serca; zmiany na zastawce dwudzielnej nie musiały być duże i nie trwały długo. Najprawdopodobniej powolny chorobowy proces łącznotkankowy dopiero w ostatnim roku przeszedł na zastawkę.

Towarzyszący drugiemu tonowi nad aortą szmer przemawia za zapaleniem kiłowem aorty. I ta zmiana wytworzyła się prawdopodobnie równocześnie z zaostrzeniem się procesu chorobowego w ostatnich miesiącach, nie była daleko posunięta, skoro szmer rychło przy leczeniu rtęcią ustąpił.

Co do reszty zmian chorobowych w innych narządach, jak w płucach (zawał krwawy), wątrobie, śledzionie i nerkach, uważać je należy jako następstwo niedomogi mięśnia sercowego.

Wkońcu należy jeszcze wspomnieć o czynniku usposabiającym, który niewątpliwie przyczynił się do powstania opisanej choroby, a mianowicie o nadużywaniu wyskoku; narząd krążenia bowiem, pracujący u pijaków bardzo ciężko, jest dla jadu kiłowego *locus minoris resistentiae* tem bardziej, że już jest chorobowo zmieniony.

Aczkolwiek nadużywanie wyskoku może podobny obraz chorobowy wywołać, to przecież, ze względu na tak korzystny wynik leczenia rtęcią, w tym przypadku z konieczności trzeba przyjąć jako przyczynę choroby przebytą kiłę.

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i z pracowni Zakładu weterynaryi Prof. Dra Nowaka.

Cechy histologiczne zmian kiłowych na skórze

Podał

Dr. Fr. Krzyształowicz.

(Dokończenie).

Przepatrując teraz wszystkie te zmiany kiłowe, w których wystąpiły i zmiany w naskórku, zwrócić należy przedewszystkiem uwagę na to, czy zasadnicze zmiany kiłowe w skórze odpowiadają nasileniem natężeniu zboczeń w naskórku? Odpowiedź musi wypaść przecząco. Nacieki wokoło naczyń mogą być bardzo rozległe w szerz i wgłąb, — wybitnie rozwinięte, — a zboczenia naskórka są zaledwo zaznaczone, lub całkiem ich niema. W innych znowu przypadkach widać ciężkie zmiany w naskórku obok nacieku mało rozwiniętego, lub na małej przestrzeni. Toby nam dowodziło, że nie nasilenie sprawy chorobowej, nie jej rozległość jest przyczyną tego powikłania w naskórku, — o czem po części już i doświadczenie kliniczne nas poucza.

Drugim nader ważnym szczegółem jest postać krost i pęcherzyków. Badania zaś histologiczne pouczają, że ich obraz drobnowidowy nie różni się niczem od takichże zmian powierzchownych innych spraw chorobowych skóry. Trądzik kiłowy *(acne)*, dla swego klinicznego podobieństwa do zwyczajnego tak nazwany, jest również zapaleniem torebki włosowej *(folliculitis)*, ale bez jego cech, odznaczających go od innych zapaleń torebkowych; dlatego raczej tę ostatnią nazwę nosićby powinien. Zmiana kiłowa do ospy podobna *(varioliformis)* przedstawia najczęściej budowę taką samą, jak trądzik, zapalenie torebki włosowej z dużą krostą na powierzchni, czyli daje ten sam obraz, co liszajec krostkowy *(impetigo pustulosa Bockhart)*, polegający na zakażeniu skóry gronkowcami *(staphylococcia)*. Postać liszajcowa *(impetigo syphilitica)* nie różni się anatomicznie w budowie pęcherzyka od liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris Tilbury Fox)*, polegającego wedle ostatnich prac Sabourauda na zakażeniu paciorkowcami, do którego jednak wkrótce przystępują gronkowce. W zmianach świeżych zatem przeważa powstały pod wpływem łańcuszkowca wysięk surowiczy, pęcherzyk ma wewnątrz ciecz jasną, lekko zmętniałą, *(impetigo)*, a dopiero z chwilą wkroczenia gronkowców następuje większy napływ ciałek wypocinowych i tworzy się wyraźny duży strup, przez co i zmiana przybiera postać niesztowic *(ecthyma)*. Jeżeli zakażenie przechodzi i na części obwodowe istniejącego już strupa i rozszerza się dalej w otoczenie, powstaje świeży pęcherz, a zatem i świeży strup, a postać ma wtedy nazwę brudźca *(rupia)*.

Te dwie ostatnie postacie kiły, niesztowice i brudziec, pozostawiają po ustąpieniu blizny wyraźne, czego niema przy tych zmianach bez tła kiłowego *(ecthyma vulgare)*. Przyczyna zdaje się być jasną; — przy liszajcu, nawet niesztowicach zwyczajnych zmiany w naskórku powstają pod wpływem zakażenia powierzchownego skóry zresztą zdrowej; zboczenia więc w naskórku nie pozostawiają po zagojeniu śladu; — przy niesztowicach kiłowych pęcherz w naskórku jest tylko powikłaniem zmian leżących w samej skórze, wybitnego nacieku około naczyń. Nic więc dziwnego, że pęcherzyk tej ostatniej postaci ani tak prędko nie zasycha, ani tak łatwo nie odpadai nie goi się, ale zakażenie drążyć może głębiej w skórę,bo znajduje tkanki chore, upośledzone w odżywieniu, a więci mniej odporne.

Niesłusznem mi się więc zdaje twierdzenie, że postacie te są głębszemi zmianami kiłowemi lub cięższemi od innych zmian kiłowych. Naciek nie bywa w tych zmianach ani więcej rozwinięty, ani nie zajmuje dużych obszarów skóry, a tylko zakażenie wkraczające równocześnie od zewnątrz i rozwijające się na podłożu z upośledzonych w odżywieniu tkanek, sprowadza zmiany z początku powierzchowne, później głębiej sięgające. Nie głębokość zmian kiłowych zatem, ale rozwój sprawy zapalnej drugorzędnej w nieprawidłowych tkankach czyni te postacie cięższemi.

Postać kliniczna, którą nazywamy niesztowicami głębokiemi *(ecthyma profundum)* niewątpliwie istnieje; ale wtedy widzimy pod drobnowidem obraz kilaka powierzchownego. Niema tu mowy o strupie, powstałym z pęcherzyka naskórkowego, pod którym drobnoustroje wchodzić mogą i w tkanki pod nim leżące i wywoływać powierzchowne ubytki, — a powstaje w tych przypadkach zgorzel i naskórka i tkanki pod nim leżącej, — a w następstwie jakby zapadnięcie się skóry. W około tej martwej części widać tak samo nacieki około naczyń, a różnice stanowi tylko zgrubienie ścian naczyniowych, twory olbrzymie, tu i owdzie wśród nacieku się pojawiające i czasem spostrzedz się dające zarośnięcie naczynia.

Dla uzupełnienia dodać jeszcze trzeba, że istnieją także postacie kiłowe, w których wprawdzie niema krost lub pęcherzyków, ale którym zewnętrzny kształt nadają wyraźne, chociaż innego rodzaju, zmiany w naskórku. Do tych należą przedewszystkiem łuszczyca *(psoriasiformis)* kiłowa (nie na dłoniach i podeszwach) i kłykciny sączące *(condylomata lata)*. W pierwszej istnieje zgrubienie warstw naskórka z zanikiem warstwy ziarnistej i nadmiernem nieprawidłowem rogowaceniem *(parakeratosis)*, zmiana, która cechuje łuszczycę zwyczajną *(psoriasis vulgaris)*. W kłykcinie sączącej znajdujemy siatkę grubszych i cieńszych pasm naskórka z warstw kolczastych *(acanthosis)*, naciek nie różni się niczem od takiegoż w innych zmianach kiłowych. Obraz ten nie trudno wytłómaczyć sobie działaniem jadu kiłowego z jednej strony, a warunków zewnętrznych — z drugiej. Już samo umiejscowienie kłykcin upoważnia do przypuszczenia, że uraz, rozmiękanie naskórka, wreszcie w tak upośledzonym osiedlenie się drobnoustrojów, sprowadza zgrubienie jego tak znaczne, co jest objawem powszednim i w innych cierpieniach skóry, bo jest dowodem obrony powierzchni w walce z drobnoustrojami. Naskórek, w którym osiedliły się drobnoustroje, stara się uchronić głębsze warstwy i skórę, (bo takie jest jego zadanie w ustroju), przed dostaniem się ich wgłąb, wytwarza zatem pod miejscem zakażenia coraz nowe warstwy, bo rozmnażanie się jest jego codzienną czynnością.

Gdy więc jad działa dłużej i nasilenie będzie większe, ztąd tak liczne gałązki naskórka, łączące się w sieć.

Jeżeli sprawy te, toczące się przy zmianach kiłowych w naskórku są, jak przypuszczam, tylko powikłaniem głównej sprawy chorobowej, w takim razie powinno się znaleźć w skrawkach drobnowidowych drobnoustroje, jak przy sprawach podobnych, ale powstających bez udziału kiły. W liszajcu zwyczajnym znaleźć można z początku sprawy łańcuszkowce, później gronkowce. W liszajcu krostkowym zawsze tylko gronkowce, ułożone u szczytu pęcherzyka w gromadkach. W zmianach kiłowych spostrzegałem podobnież te drobnoustroje; a chociaż nie przeprowadzałem badań bakteryologicznych *in vivo*, to jednak znalezienie drobnoustrojów w pęcherzykach i krostach w kile nie może być bez znaczenia. Większość syfilidologów twierdzi, że może to być zakażenie następowe już istniejącego pęcherzyka; w takim razie wszystkie inne pęcherzyki bez tła kiłowego powstawaćby mogły także bez zakażenia zewnętrznego, a temu sprzeciwia się budowa anatomiczna tych właśnie zmian powierzchownych naskórka.

W histopatologii skóry znamy wogóle dwa niejako typy pęcherzyków. Jedne leżą powierzchownie, najczęściej między warstwą zrogowaciałą, a resztą naskórka, rzadziej w samej warstwie kolczastej, rozwijają się od powierzchni wgłąb naskórka, — inne powstają nagle wśród warstwy kolczastej lub pod warstwami naskórka, a więc są głębsze, o jamie podzielonej przegrodami, powstałemi z naskórka, na kilka komór. Pierwszy typ przedstawiają pęcherzyki: liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris)* i krostkowego *(i. pustulosa Bockhart)*, wyprysku (*eczema*), łojotoku (*seborrhoea*), świerzbu, trądzika, zapaleń torebek włosowych (*folliculitides*), wreszcie chorób grzybkowych *(trichophytiasis)*; — pęcherzyki drugiego typu tworzą: rumień pęcherzykowy *(crythema bullosum)* świerzbiączka *(prurigo)*, choroba Duringa (*dermatitis herpetiformis Duhring)*, półpasiec *(herpes zoster)*, liszaj twarzowy *(herpes labialis)*, wreszcie ospa i ospówka. Już badania kliniczne wyjaśniają nam, że pęcherzyki o cechach typu pierwszego powstają z przyczyn zewnętrznych, drugiego z przyczyn wewnętrznych, — co budowa histologiczna w zupełności nam wyjaśnia. Jeżeli patrzymy z jednej strony na obraz drobnowidowy krosty ospowej, ospówki, czy półpaśca, — z drugiej na krostę trądzikową, w której drobnoustroje znaleźć nie trudno, lub liszajca — mimowoli nasuwa się prawie pewne przypuszczenie, że te ostatnie są chorobami zakaźnemi, powstałemi z zewnątrz.

Znajdując zatem przy zmianach kiłowych tylko pęcherzyki o wyżej opisanych cechach zmian, powstałych z przyczyn zewnętrznych, nie mogę się oprzeć przypuszczeniu, że nie jad kiłowy, ale warunki leżące w samej skórze są tego przyczyną. A te ujemne warunki, przyczyniające się do powstania takich zmian, polegają prawdopodobnie na skłonności skóry do pewnych zakażeń. Z doświadczenia klinicznego zaś wiemy, że dla powstania stanu chorobowego potrzebne są przy chorobach zakaźnych, obok wkroczenia drobnoustrojów — jeszcze pewne skłonności do zakażenia *(praedispositio)*, czy to chwilowe, czy też pewne własności ogólne. W skórze zatem tak samo potrzeba pewnego usposobienia, aby zakażenie od zewnątrz nastąpić mogło.

W klinice przekonujemy się, że postacie krostkowe zjawiają się, jak wspomniałem najczęściej, chociaż nie jedynie u osób z podkopanem odżywieniem lub skazą wewnętrzną; u takich zatem, u których nie tylko odżywienie innych narządów ale i skóry, jest niedostateczne. To upośledzenie odżywienia musi mieć tem większe znaczenie, gdy wkracza jad kiłowy i wywoła zmiany około naczyń, czem skórę i tak podatną w tym stanie do zakażenia, jeszcze więcej do niego usposabiać będzie. Taka skłonność do zakażeń istnieć może jednak i u osobnika zresztą zdrowego; u niego więc zakażenie kiłowe również do wybuchu się przyczyni, zwłaszcza, że jak to powyżej wspomniałem, umiejscowienie nacieku kiłowego w skórze usposabia do zmian na powierzchni.

Zadaniem przyszłości jest zbadać z jednej strony klinicznie, u jakich osobników bez skaz ustrojowych zmiany w naskórku pojawiają się przy kile? z drugiej zaś — jakiej przyrody zakażenie zewnętrzne wywołać może takie zboczenie. Już teraz orzec można z całą stanowczością, że na ukształtowanie się zmian kiłowych oddziałują pewne stany chorobowe skóry, jak gruźlica, zgrubienia warstw rogowych naskórka *(hyperkeratôsis)*, łuszczyca *(psoriasis)* łojotok *(seborrhoea)*, wreszcie przekrwienie skóry, z jakiejkolwiek powstałe przyczyny. Tem samem przypuszczać trzeba, że sam jad kiłowy zmian w naskórku nie sprowadza, ale że są one następstwem zakażenia zewnętrznego, do którego istnieje usposobienie w samej skórze albo skutkiem stanu ogólnego ustroju, albo poprzednio już istniejącego stanu skóry — a upośledzenie odżywienia tkanek przez rozwój nacieku kiłowego jest tylko okolicznością wywołującą.

Zaprzeczyć więc trudno, że chociaż zakażenie wtórorzędne samego naskórka nie jest może na pierwszym planie, to jednak tak własności skóry, usposabiające do pewnych schorzeń, jako też zakażenia, już istniejące podczas wybuchu kiły, wreszcie łatwo się pojawiające drobnoustroje na skórzę, mają wobec jej upośledzonych warunków odżywienia przez kiłę wywołanych, nader ważne znaczenie i wpływ na kształtowanie się postaci wysypek kiłowych.

W końcu składam serdeczne podziękowanie Prof. Dr. Nowakowi za cenne uwagi i wskazówki w tej pracy.

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Ciąg dalszy).

2. Stwierdziwszy istnienie choroby, należy wykazać jej związek przyczynowy z poprzednim urazem. W tych przypadkach, w których przypady nawiązały się bezpośrednio do urazu, wywiady, a mianowicie zeznania wiarygodnych świadków, odgrywają w rozpoznaniu najważniejszą rolę, co właściwie należy już raczej do sędziego, niż do lekarza. Widoczne uszkodzenia czaszki, narządu usznego, sąsiednich części, jak wogóle znaki wywartego gwałtu, przyczynią się do potwierdzenia zeznania poszkodowanego co do zależności choroby od doznanego urazu.

Tam zaś, gdzie objawy nie wystąpiły zaraz po urazie, może stwierdzenie związku przyczynowego między urazem a chorobą natrafiać nieraz na znaczne trudności. Trudności te polegają przedewszystkiem na niepewności wywiadów i rozpoznania, na okoliczności, że orzeka się nieraz dopiero po miesiącach, a nawet latach, tudzież na tem, że zaniechano badania ucha bezpośrednio po urazie. Często brak uwag, tyczących się stanu ucha w świadectwie lekarzy, badających bezpośrednio po urazie, daje się dotkliwie we znaki znawcy, który znacznie później ma orzekać o takim związku przyczynowym. Z własnego doświadczenia muszę potwierdzić i podkreślić trafne słowa Passowa i zupełnie zgadzam się z jego żądaniem: „żeby w każdym przypadku, w którym zdarzyło się choćby nieznaczne wstrząśnienie głowy lub ciała, poddać ucho stosownemu badaniu“. W podobnych bowiem przypadkach chorzy nietylko w złym zamiarze i z zupełną świadomością popełnianego oszustwa mogą odnosić chorobę, powstałą z innej przyczyny, do urazu, lecz także sami mogą ulegać pomyłce. Zdarza się bowiem, że chory, niedosłyszący już oddawna, nic o tem nie wiedział, a dowiedział się o tem przypadkowo dopiero po urazie. Należy przeto przedewszystkiem sprawdzić drogą sądową, lub policyjną, czy uszkodzony był dawniej zupełnie zdrowy, albo przynajmniej czy nie cierpiał na uszy. Dalej należy wymagać dokładnego opisu urazu lub wypadku i ocenić, czy podana przyczyna według doświadczenia i zasad nauki zdoła rzeczywiście wywołać stwierdzone cierpienie. Ważnem jest również zachowanie się chorego zaraz po urazie i w czasie między urazem, a pojawieniem się objawów błędnikowych, względnie chwilą badania lekarskiego i długość czasu, który upłynął między pierwszem, a drugiem. Może się bowiem także zdarzyć, że objawy, wskazujące na chorobę błędnika, jak nieprzytomność, zawrót głowy, wymioty, wystąpiły zaraz po urazie, potem całkiem ustąpiły, a dopiero po jakimś czasie pojawia się dalej upośledzenie słuchu różnego stopnia, zawrót głowy, szum i t. d., będące z tym urazem w związku. Wogóle czas, w jakim po urazie objawy błędnikowe wystąpić mogą, może być bardzo różny. Najczęściej objawy te, podobnie, jak inne nerwice, występują szybko, a nawet natychmiast po urazie. Niekiedy zaś można zauważyć jakby okres zwiastunów, po którym dopiero rozwija się cierpienie. Może ono odrazu pojawić się w całej pełni, albo też rozwijać się powoli całymi tygodniami po urazie. Zdarza się, że początkowo występują nieznaczne objawy, a dopiero po tem całokształt choroby wychodzi na jaw. Widzimy przecież, że nawet cierpienie organiczne, jak krwotoki mózgowe, czy rdzeniowe, syringomyelia i t. p. wskutek urazu, pojawiają się niekiedy dopiero po pewnym czasie. Ocena wpływu urazu na rozwój choroby wymaga zatem wielkiej ostrożności i powinno się o tem pamiętać, że długi czas po urazie może brakować wszelkich objawów.

Rozumie się, że ścisłe określenie czasu, w jakim objawy można uważać za skutek urazu, jest niemożliwe. Należy się przytem kierować ogólną znajomością etyologii danego cierpienia (Stróżewski).

Oprócz tego starać się powinniśmy o wykluczenie innych przyczyn, które niezależnie od urazu mogłyby równocześnie być powodem wybuchu choroby, jak różne choroby ogólne i miejscowe, co już wyżej rozstrząsaliśmy. Z tego też powodu nie należy się nigdy zadawalniać badaniem samego narządu słuchowego, lecz powinno się zawsze poddać wszystkie narządy i cały ustrój dokładnemu i ścisłemu badaniu, a w pierwszym rzędzie uwzględnić stan układu nerwowego. Należy przytem pamiętać, że nerwica urazowa może być sama skutkiem obrażenia, że można znaleźć się wobec jedynego objawu, t. zw. „hystero-traumatyzmu“, albo też razem z innymi objawami, z objawem częściowym nerwicy urazowej, zależnej wprost od urazu i występującej pod postacią choroby błędnika, choroby Meniera, które również, jak inne nerwice nieurazowego pochodzenia, przebiegające z objawami błędnikowymi, od właściwego wstrząśnienia można odróżnić, jak to wyżej wyłuszczyliśmy.

Niemniej ważnem jest wykluczenie otrucia przewlekłego t. zw. truciznami κατ' ἐξοχήν błędnikowemi, jak przetwory salicylowe, chininowe, nikotyna i in. Kilka przykładów dokładniej to objaśni. N. p. ktoś spada ze schodów i przedstawia objawy wstrząśnienia mózgu. Po powrocie do przytomności pozostają objawy: ból głowy, zajęcie senzoryum, nudności, wymioty, które zwolna ustępują. Po kilku tygodniach pojawia się postępujące przytępienie słuchu, okresowo występujące objawy Ménièrea, zawrót głowy, nudności, szum w uszach itd. Stwierdzenie, iż dawniej słuch był prawidłowy, i wykluczenie innej przyczyny wykazanej obecnie głuchoty błędnikowej, pozwala odnieść z największem prawdopodobieństwem, względnie z zupełną pewnością, upośledzenie słuchu do urazu, odniesionego przed kilku tygodniami. Drugi przykład. Maszynista, artylerzysta, urzędnik kolejowy i t. p. wstępuje do służby z zupełnie dobrym słuchem. Po kilku latach służby, a nieraz nawet po jej zaniechaniu wychodzą na jaw postępujące błędnikowe niedosłyszenie, samo, albo równocześnie z zawrotem głowy i szumem w uszach. Po wykluczeniu innych przyczyn należy przyjąć głuchotę zawodową, wywołaną przez dłuższy czas często powtarzającemi się wstrząśnieniami błędnika pod wpływem zadziałania głosowego.

W innym znów przypadku dostaje ktoś natychmiast, zawrotu głowy, nudności, szumu w uszach, jak tylko trochę tańczy, albo jedzie koleją, wozem albo konno. Tu chyba związek przyczynowy żadnej wątpliwości ulegać nie będzie, i to tem mniej, że wszystkie te przypady znikają natychmiast albo niebawem po ustaniu tych ruchów.

Zawsze jednak mogą się nasunąć przypadki, w których z powodu istniejącego współzawodnictwa przyczyn nie można sprawdzić, która z nich była właściwym powodem, *causa efficiens* choroby. Otóż w przypadkach, gdzie chodzi o ciężkie uszkodzenie, zadane przez domniemanego sprawcę, należy szczególnie, jeżeli związek przyczynowy między urazem a chorobą nie da się z bezwzględną pewnością stwierdzić, trzymać się zasady: *in dubiis mitius* i wystrzegać się zbyt stanowczego orzekania, bo: „więcej i pewniej orzekać, niż dane po temu, to cecha małego doświadczenia i lekkomyślnej nierozwagi.“ Słusznie też ostrzega Blumenstok przed stanowczością w wydawaniu orzeczeń, potępiających podsądnych, powiadając: „Na mocy doświadczenia mego, coraz bardziej utwierdza się we mnie przekonanie, że stanowczość w orzekaniu w przypadkach wątpliwych pozostaje w odwrotnym stosunku do doświadczenia orzekającego“, a Wachholz dodaje: „Dziwną zaiste jest rzeczą, jak łatwo skłonni są znawcy, nie rozporządzający ani stosownem doświadczeniem, ani teoretycznem przygotowaniem do ciężkiego i odpowie-

dzialnego swego zawodu, do wydawania stanowczych, niemal zawsze potępiających orzeczeń w sprawach wątpliwych" i dalej: „Odtrącając zgubną zasadę poddawania się zwodniczym porywom żywej wyobraźni" nie należy „kusić się o obrazowe odtwarzanie scen zbrodni, nie mając w tym względzie pewnych danych."

Złote słowa, które zawsze powinniśmy mieć w pamięci. Odpowiada zatem bardziej humanitarnemu stanowisku, tudzież obowiązkom lekarza rzeczoznawcy przyznać się w danym razie otwarcie, iż nie można wydać stanowczego sądu, albo wyrazić się z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem, niż narażać przez powierzchowny i lekkomyślny sąd siebie i wrzekomego sprawcę na straszne następstwa pomyłki sprawiedliwości.

3) Oznaczenie stopnia uszkodzenia stanowi trzecie bardzo ważne zadanie rzeczoznawcy. Większa część autorów zgadza się w tem, że całkowite udawanie jest rzadkiem. I tak Schuster znalazł na 300 przypadków urazowego uszkodzenia układu nerwowego 1—2 przypadki, w których nie było żadnej sprawy chorobowej. Natomiast w wielu przypadkach istnieją nieznaczne czynnościowe albo organiczne następstwa wypadku, które chory przesadza, lub też podaje przebyte już dolegliwości, jako jeszcze istniejące i trwałe, albo też ulega samopoddawaniu. Otóż ze względu na to, że uszkodzeni zwykle skłonni są nietylko do udawania, lecz jeszcze więcej do przesadzania stopnia cierpienia, a to aby osiągnąć bądź to sroższe ukaranie obwinionego sprawcy, bądź to wydatniejsze wynagrodzenie od niego, albo od towarzystwa ubezpieczeń, nie wystarcza stwierdzić chorobę i jej zależność od urazu, lecz nie mniej ważnem jest ocenić przedmiotowo stopień uszkodzenia.

Otóż rozumie się, że wykazane uszkodzenie czaszki albo kości skroniowej stanowi „ciężkie uszkodzenie ciała", jak również, że szybko przemijające, przelotne napady zawodowe, jak w trzecim szeregu przypadków, nie mają żadnego znaczenia. Samo stwierdzenie przez świadków napadu udarowego nie ma żadnego znaczenia w ocenie ciężkości uszkodzenia, gdyż taki napad może przejść bez śladu, nie pociągając za sobą żadnej szkody na zdrowiu.

Stopień głuchoty daje się w przybliżeniu oznaczyć za pomocą stósownych prób słuchowych, o których na innem miejscu. Do ocenienia trwałości niedołęztwa lub niezdatności do pracy służy doświadczenie, które uczy, że wszystkie choroby błędnika dają złe rokowanie, że zawrót głowy i szum w uszach wprawdzie często z czasem się zmniejszają, ale tego stanowczo powiedzieć nie można. Głuchota zaś błędnikowa jest zwykle postępująca, prowadzi z czasem do zupełnej utraty słuchu, rzadko jest stałą, niezmienną (stationär), a jeszcze rzadziej zmniejsza się. Nawet po latach może nastąpić pogorszenie, a szczególnie każda niedomoga, każda inna dołączająca się choroba, wszelkie cierpienia fizyczne i moralne, troski i kłopoty, tudzież nadmierne natężenie fizyczne i umysłowe, bezsenność itd. wywierają zwykle bardzo zły wpływ na słuch. Zresztą należy uwzględnić to, co wyżej o rokowaniu powiedzieliśmy.

Nigdy jednak orzeczenie nie powinno się opierać na jednorazowem badaniu. Należy zawsze pamiętać, że objawy zawrotowe i nawet upośledzenie słuchu, stwierdzone zaraz po urazie, mogą po jakimś czasie całkiem ustąpić, wstrząśnienie błędnika może się z czasem wyrównać, jako też naodwrót, że te same objawy, bezpośrednio po urazie wcale nie istniejące, albo zaledwie zaznaczone, mogą później dopiero się pojawiać albo wzmagać, że wstrząśnienie błędnika może objawić się przez dopiero następowo, stopniowo i powoli rozwijający się zbiór objawów Ménierowskich. Słusznie też Müller zwraca uwagę, że po urazach w głowę nigdy nie powinno się odmawiać odszkodowania przed ścisłem zbadaniem narządu słuchowego. Im dłużej upośledzenie słuchu trwa, tem mniejsze widoki poprawy, tem pewniejszem będzie orzeczenie. Stanowcze orzeczenie wymagać będzie zatem w największej części przypadków dłuższego czasu, miesiącami ciągnącego się spostrzegania, często powtarzanych, ścisłych badań zdrowia ogólnego i słuchu, zanim znawca będzie mógł ostatecznie orzec, szczególnie o trwałości wykazanego zaburzenia słuchu i rozstrzygnąć, czy ma przed sobą stan przemijający, czy stały, chorobę nieuleczalną i kalectwo stałe, „utratę" albo „trwałe osłabienie słuchu", czy uszkodzenie jest „ciężkie" i czy sprowadzi „zaburzenia zdrowia" lub „niedołęztwo zawodowe", „niemożność zarobkowania" i na jak długo.

Nareszcie może pod względem sądowolekarskim nasunąć się jeszcze jedno bardzo ważne pytanie, mianowicie: czy choroba uszna może przyczynić się do rozwoju nieprawidłowego stanu psychicznego, czy może wywierać wpływ psychiczny na popełnienie czynów karygodnych, czy może przyczynić się do wykroczeń lub zbrodni wskutek zaburzenia umysłowego i psychicznego, pozostającego z tą chorobą w związku? Na podstawie doświadczenia musimy na to pytanie odpowiedzieć potwierdzająco. Liczne spostrzeżenia stwierdziły niewątpliwie wpływ stanu narządu słuchowego na stan umysłowy. Często spostrzegano i opisywano psychozy zwrotne, pochodzące z chorób uszu; oddawna znamy wpływ powiększonego parcia błędnikowego na stan umysłowy i psychiczny chorego. Najczęściej zboczenia umysłowe występują u takich chorych w postaci omamów i złudzeń słuchowych. Jeżeli one pojawiają się u chorego, wolnego od wrażeń słuchowych podmiotowych, wtedy spotykamy się ze złudzeniami psychicznemi. Złudzenia zaś, mające źródło w zaburzeniach narządu słuchowego, uważa Kraft-Ebing za złudzenia fizyologiczne. Według Meynerta zboczenia w narządach zmysłowych sprowadzają rzeczywiste omamy zmysłowe. Podmiotowe wrażenia słuchowe mogą nabierać cech głosu ludzkiego i choremu zdaje się niekiedy, że słyszy inne osoby, mówiące do niego albo o nim, wymówki, przekleństwa, groźby i t. p. Nadto osłabienie bystrości słuchu wywołuje niedokładne wrażenia w ośrodku zmysłowym i pośrednio mylne wrażenia i wyobrażenia w ośrodku korowym (świadomości), a w następstwie omamy. Łatwo zrozumieć, że chory, pozostający pod takim wpływem psychicznym, łatwo dopuścić się może czynów karygodnych, za które nie może być zupełnie odpowiedzialnym.

Jeżeli uwzględnimy, co powyżej mówiliśmy o roli usposobienia w powstawaniu każdego cierpienia, mianowicie, że już najlżejszy uraz lub bodziec, któryby u zupełnie zdrowego przeszedł bez śladu, wobec istniejącego usposobienia może wywołać znaczne następstwa, jak głuchotę, — to oczywista, że jest rzeczą bardzo ważną, iżby w każdem badaniu sądowolekarskiem zwrócić uwagę na istniejące w danym razie równocześnie stany i sprawy chorobowe, wywołujące skłonność do chorób błędnika. Tu należy wymienić różne dawniejsze choroby uszu, choroby nerwowe i t. d. Gdzie się przy-

puszcza wybroczynę w błędniku, należy zważać, czy niema zboczeń w ścianach naczyń krwionośnych i w składzie krwi, jak białaczka, chorób nerek, serca i połączonej z niemi skłonności do wybroczyn. W podobny sposób uwzględnione w orzeczeniu obciążenie dziedziczne, stany neuropatyczne, jak histerya i inne, wyżej wymienione zboczenia, mogą wpłynąć łagodząco na wyrok, gdyż już ustawodawstwo zwróciło uwagę na warunki, ułatwiające powstanie choroby, mianowicie na „szczególne usposobienie“ (eigentümliche Leibesbeschaffenheit) uszkodzonego osobnika w myśl § 129 a) pr. karn.

W ocenie uszkodzeń ubezpieczonych od wypadków lub od niezdolności do pracy, należy się kierować tem, cośmy wyżej w ustępach o rozpoznaniu i rokowaniu powiedzieli. Główny nacisk w badaniu kłaść należy na to, czy mamy do czynienia z chorobą narządu przewodzącego głos, czy narządu głos pojmującego, dalej, czy cierpienie jest skutkiem zawodu, czy też wypadku, i na stopień kalectwa, lub niezdolności do pracy. Tu orzeczenie nie różni się wiele o orzeczenia w urazowych chorobach błędnika wogóle, bez względu na to, czy mamy do czynienia ze zmianami anatomicznemi, czy tylko z zaburzeniami czynnościowemi. Pod tym względem odsyłamy do wybornej pracy Müllera.

W przyjmowaniu do towarzystwa ubezpieczeń na życie choroba ta nie odgrywa żadnej roli, gdyż nie wpływa na długość życia. Natomiast w ubezpieczeniach od wypadków i od niedołęztwa (Unfall u. Invalidität) cierpienie to wyklucza od przyjęcia dotknięte niem osobniki, tak samo, jak zawód, z którym połączone jest ciągłe albo częste działanie silnych dźwięków, co, jak wykazaliśmy, może sprowadzić przez wstrząśnienie błędnika trwałą głuchotę. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Uhma: **Syfilidologia.** Lwów 1900.

Wobec wyczerpania syfilidologii Krówczyńskiego postanowił autor wydać podręcznik polski, którego część ogólna z kazuistyką obecnie się ukazała. Praca ta jest napisana w sposób przystępny i zawiera dzisiaj powszechnie przyjęte poglądy o kile.

Wychodząc z założenia, wypowiedzianego w przedmowie, że lekarze nasi nie dosyć przyswoili sobie ogólne pojęcia o kile, rozpoczął Uhma dzieło swoje częścią, zawierającą głównie ogólne poglądy. Podzielam to zapatrywanie, lecz muszę zaznaczyć, iż według mego doświadczenia, rozpoznawanie i leczenie kiły (częstokroć bez plam) jest najsłabszą stroną wogóle lekarzy praktycznych w Austryi. Nie mniej atoli zasługuje na uznanie praca Dra Uhmy, podjęta w celu zaradzenia temu złemu w naszem społeczeństwie lekarskiem, zapomocą podręcznika, bardzo przystępnie i w prosty sposób napisanego, a do tego wydanego w ojczystym języku. Część omawiana zaczyna się od wielce treściwej historyi, geografii i statystyki kiły. Co do statystyki, to trudno do tej, jaką dziś mamy, przywiązywać zbyt wielką wagę; w każdym jednak razie zbyt pessymistycznym wydaje mi się pogląd autora, że n. p. we Lwowie przynajmniej co 4-ty, liczący ponad 30 lat mężczyzna przebywał kiłę. Przesądzać atoli nie chcę. W ustępie drugim następuje szkic przebiegu i bliższe a jasne określenie kiły, uwzględniające utarte zapatrywania na tę chorobę. Trzeci rozdział traktuje w sposób wyczerpujący o zaraźliwości kiły, drogach i sposobach szerzenia się zarazka.

Mimo niewielkich rozmiarów części ogólnej, pomieścił autor w następnym, t. j. czwartym rozdziale rzecz o zarazkach wogóle. Dalej w rozdziale piątym wysnuwa przez analogię wnioski o zarazku kiły na podstawie przebiegu choroby i rozmaitych hipotez. W dobrze opracowanym rozdziale szóstym pisze o anatomii patologicznej objawów kiłowych i wypowiada między innemi zdanie, iż barwę zmian kiłowych powoduje po części własność zarazka, że on wywołuje zmiany barwikowe. Na zdanie to nie mógłbym się zgodzić, albowiem nie przemawia za tem spostrzeżenie, że tę samą barwę widzimy często w rozlicznych dermatozach, o których wiemy, że pochodzą od zmian w naczyniach, od zastoju i wynaczynionek. Myśl ta, wyrażona w pracy autora, w każdym razie oryginalna i wymaga dalszego badania. Autor trzyma się podziału kiły wedle Ricorda na trzy okresy (dział siódmy do dziewiątego włącznie). Okres pierwszego utajenia przyjmuje może nieco zadługi, podając, że objaw pierwotny najczęściej w 4-tym tygodniu po zakażeniu występuje. Traktując o unitaryzmie i dualizmie, uznaje przypadki poronne kiły, w których, „mimo szczepienia zarazka kiłowego i okazania się potem objawu pierwotnego kiły, objawy późniejsze nie wystąpiły“.

Rozdziały o drugim i trzecim okresie kiły skreślone są zwięźle i jasno, niemniej jak i dalszy, t. j. dziesiąty rozdział o kile dziedzicznej i wrodzonej. W następnym, jedenastym rozdziale, zastanawia się autor nad wpływem kiły na ustrój i nad wpływem ustroju na przebieg kiły, jakoteż nad wzajemnym stosunkiem kiły do chorób innych. Co do przypuszczenia tu wyrażonego, „że osoby, u których naczynia krwionośne pod wpływem pobudek nerwowych łatwo oddziaływują, łatwiej kiły nabywają, a może i ciężej ją przechodzą“, nie wyraził autor jasno, czy miał na myśli tylko mężczyzn. Doświadczenie wszakże uczy, że kobiety tą wrażliwością są częściej obarczone, a mimo to właśnie rzadziej z reguły ulegają zakażeniu i lżej przebiega u nich kiła wogóle. „Dobrowolnego ustępowania kilaków, podobnie jak mięsaków i raków pod wpływem róży“, nie potwierdzają spostrzeżenia kliniczne wbrew twierdzeniu autora, zawartemu w tym ustępie.

Ostatni, t. j. dwunasty rozdział części pierwszej dowodzi uleczalności kiły. Prawdopodobnie na poparcie tego przytacza autor w części drugiej 100 historyj chorób osób, cierpiących na kiłę. Na zbiór ten historyj składają się zapiski autora, a po części także ś. p. Krówczyńskiego, a materyał ten pochodzi z prywatnej praktyki. Naturalnem jest, że historye te nie mogą mieć ścisłości naukowej, właściwej kazuistyce szpitalnej; o ile jednak kazuistyka taka musi mieć braki pod względem ścisłości naukowej, to mimo to jest ona cennym nabytkiem dla tejże samej nauki już z tego względu, że się odnosi do przypadków, spostrzeganych *in continuo* przez lat szeregi, a nierzadko i przez całe życie. Podobnej ciągłości obserwacyi nawet najdokładniejsze spostrzeżenia szpitalne dać nie są w stanie. Za zasługę zatem poczytać należy autorowi, że swoje notatki w ten sposób zużytkował.

W końcu podnieść muszę, że poglądy, wyrobione głównie na spostrzeżeniach z praktyki prywatnej, nie mogą się pokrywać z poglądami, zdobytymi na chorych szpitalnych i muszą koniecznie istnieć pewne różnice między praktykiem a klinicystą. Różnice te jednak nie obniżają doniosłości ani wartości pracy, a mówić o nich szczegółowo, przed ukazaniem się całości, byłoby przedwcześnie.

Część omawiana zapowiada w każdym razie zajmujące dzieło. Zalecam też najgoręcej każdemu z kolegów przeczytanie tej pracy, gdyż jest ona niezawodnie pożądanym nabytkiem w piśmiennictwie ojczystem. Tak uczący się, jakoteż lekarze, odniosą bezsprzecznie korzyść, czytając pracę Dra Uhmy. *Włodzimierz Łukasiewicz.*

V. Wyciągi.

L. Casper: **W sprawie patologii i leczenia gruźlicy pęcherza moczowego.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41, 42, 1900.) Materyał, na którym autor opiera swe wywody, obejmuje 35

przypadków gruźlicy pęcherza moczowego. Co do równoczesnego istnienia zmian gruźliczych w innych narządach wykazuje zestawienie C., że zaledwie w 8·6% zajęty był jedynie sam pęcherz, natomiast w reszcie przypadków stwierdzić się dawały zmiany gruźlicze w innych narządach, jako to: w nerkach 40%, w częściach rodnych 20%, w płucach 14·3%, w stawach 5·7%, w skórze 2·8%. W 8·6% przypadków zanotowano gruźlicę ogólną. Wśród 14 przyp., powikłanych gruźlicą nerek, można było 11 razy przypuszczać z pewną słusznością, że pierwotną siedzibą sprawy chorobowej był pęcherz.

W rzędzie czynników usposabiających wybitne miejsce zdaniem autora zajmuje rzeżączka, która, działając podobnie jak uraz, stwarza, zwłaszcza u osobników dziedzicznie obciążonych, korzystne dla rozwoju gruźlicy miejscowe usposobienie. W 33% przyp. rozwój sprawy gruźliczej poprzedzała przebyta rzeżączka, a w 3 przypadkach łączność obu spraw była tak ścisłą, że ich związek przyczynowy zdawał się nie ulegać wątpliwości. Objawy w zarysie odpowiadają przypadom, towarzyszącym wogóle stanom zapalnym pęcherza. Prątki gruźlicze znaleziono w 50% przyp. Częstość i nasilenie parcia na mocz pozostaje w związku ze zmianą pojemności pęcherza. W przypadkach, gdzie sprawa gruźlicza przenosi się z sąsiednich części narządu rodnego na pęcherz moczowy, a zmiany zajmują głębsze warstwy jego ścian, zmniejszenie pojemności pęcherza bywa zwykle znaczne. W mniej znacznym stopniu zmniejszenie to występuje w przypadkach gruźlicy pierwotnej lub postaci zstępującej od strony nerek, gdyż zmiany zajmują zwykle w tych razach tylko powierzchowne warstwy ściany. Obraz cystoskopowy często nie przysparza szczegółów znamiennych dla gruźlicy; umożliwia natomiast określenie umiejscowienia, względnie odróżnienie postaci pierwotnej od zstępującej. W postaciach pierwotnych zmiany zajmują zazwyczaj tylną ścianę pęcherza. Zmiany, usadowione na przestrzeni między dnem a zwieraczem i zajmujące ściany boczne, napotyka się w przypadkach gruźlicy, przechodzącej na pęcherz z części rodnych. Obecność zmian przy ujściu moczowodów przemawia natomiast za postacią zstępującą. Jeżeli szczególne względy nie zmuszają do zastosowania cystoskopii, należy, zdaniem autora, zaniechać tego sposobu badania, gdyż wymaga on rozdęcia pęcherza, które w tych przypadkach spowodować może przemijające lub nawet stale się utrzymujące pogorszenie.

Leczenie w pierwszym rzędzie powinno zmierzać do poprawy stanu ogólnego. Jako najgłówniejszą zasadę miejscowego leczenia podaje C. unikanie nadmiernego rozdęcia pęcherza przy przepłókiwaniach. Dawniej używał autor silnych rozczynów (20%) kwasu mlekowego do wkraplań. Występujące po tych wkraplaniach bóle skłoniły go do porzucenia tego środka. Obecnie poleca użycie rozczynu $^1/_{10000}$—$^1/_{1000}$ sublimatu do wkraplań. Z chwilą wystąpienia poprawy przechodzi do wstrzykiwań większej ilości (nigdy powyżej 50 sz. ctm.) rozczynów słabszych ($^1/_{10000}$ do $^1/_{5000}$). Nie należy stosować przepłókiwań, względnie wkraplań, częściej niż raz, najwyżej dwa razy na tydzień. Objawów zatrucia nigdy nie zauważono. Poprawa zwykle następować miała doraźnie. Jeżeli 3 do 4-krotne zastosowanie tego środka nie dało pomyślnego wyniku, należy go zupełnie zaniechać. Z powodu braku większego w tej sprawie doświadczenia wstrzymuje się C. od orzekania o ważności operacyjnego leczenia. Opierając się jednak na zapatrywaniu Wahlländera, który przypuszcza, że zabiegi operacyjne, częściej aniżeliby się zdawało, przyczyniają się do uogólnienia sprawy gruźliczej, przemawia autor za możliwie ścisłem ograniczeniem wskazań operacyjnych.

Urbanik.

Friedeberg (Magdeburg). **W sprawie leczenia bezsenności, powstałej na tle miażdżycy tętnic.** *(Klinisch-therapeut. Wochenschrift* Nr. 42, 1900). Przyczynę powyższego cierpienia upatruje autor w niedostatecznem ilościowem i jakościowem zaopatrywaniu krwią nerwowych pierwiastków mózgu, znajdujących się wskutek tego w stanie pewnego podniecenia, przeszkadzającego wystąpieniu snu, podobnie jak u osób, znużonych nadmierną pracą umysłową lub fizyczną, sen się częstokroć nie pojawia, pomimo istniejącego w nich uczucia zmęczenia. Oczywiście leczenie winno być nader oględnie i systematycznie przeprowadzone; już sam umiarkowany ruch zalecany, a przystosowany do osobistych warunków danego chorego, sprowadza w lżejszych przypadkach nietylko ulgę, ale prawidłowy sen; w przypadkach zaś, gdzie ruch jest niewykonalny, bardzo korzystnie działają zabiegi mechanicznolecznicze. Z „chodzeniem po górzystej okolicy“ trzeba być ostrożnym ze względu na stan serca i naczyń krwionośnych; to samo tyczy się kąpieli chłodnych, niemniej i ciepłe kąpiele winny być z oględnością stosowane (w każdym razie nie wieczorem), działają bowiem u wielu osób podniecająco. Po wilgotnych natomiast nacieraniach często gęsto zapadają chorzy w głęboki, a prawidłowy sen. Ze środków aptecznych zasługuje w pierwszym rzędzie na uwagę nitrogliceryna w dawkach (kołaczykach) po 0,0005 wieczorem (lub co 3-ci dzień) przed spaniem; w razie niedostatecznego działania można podać 2 takie kołaczyki, jeden na 2 godziny przed spaniem, drugi bezpośrednio. Leczenie takie można stosować przez cały tydzień bez obawy zatrucia, poczem następuje tydzień przerwy, wśród której używa się innych środków nasennych (sulfonal, tryonal) i tak dalej naprzemian. Sen zwykle bywa spokojny i pokrzepiający. Baczną atoli uwagę należy zwracać na możebne bóle głowy lub nudności, mogące nad ranem wystąpić u chorego, w takich przypadkach zaprzestać podawania nitrogliceryny. Z stosowania naparstnicy nie wiele spodziewać się można. *Dr. Henryk Pisek.*

Fisch (Odessa). **Przyczynek do kazuistyki nabytych zmian na zastawkach tętnicy płucnej.** (*Russkij archiw patologii,* 1900. T. X, z. 2). Autor spostrzegał przypadek wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy płucnej (*endocarditis ulcerosa*) u 18-letniej kobiety. Oprócz duszności i znacznych obrzęków stwierdzono za życia: powiększenie serca, szczególnie prawej połowy, w drugim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej dwa szorstkie szmery (skurczowy i rozkurczowy), nad koniuszkiem serca jeden miękki szmer skurczowy, drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony, białkomocz, gorączka. Rozpoznanie brzmiało: niedomykalność zastawki dwudzielnej i niedomykalność (a prawdopodobnie i zwężenie) ujścia tętniczego prawego. Przy sekcyi stwierdzono na lewej półksiężycowatej zastawce tętnicy płucnej owrzodzenie, na przedniej skrzep, wielkości jaja gołębiego; na zastawce dwudzielnej zwapnienia. Oprócz dawniej zestawionych przez Bariégo, zebrał autor z piśmiennictwa jeszcze 12 przypadków nabytych zmian w ujściu tętniczem prawem. *Z*

Moser: **Przyczynek do sposobu wykazania krwinek czerwonych w plamach krwawych.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. II. 1900). Wychodząc z założenia, że pierwszym warunkiem przy badaniu plam krwawych, tak w stanie świeżym, jak i zaschniętych, powinno być staranie o jak najdokładniejsze zachowanie kształtów krwinek czerwonych, zaznaczając słusznie, iż dotychczasowe sposoby, mające przygotować plamę do badania mikroskopowego, warunkowi temu zadosyć nie czynią, rozpoczął autor badania w tym kierunku, a najlepiej do celów tych nadają się według niego następujące sposoby.

W przypadkach badania krwi płynnej lub plam świeżych jeszcze nie zaschniętych, używa Moser płynu, zaleconego przez Kaiserlinga do przechowywania preparatów w następującej modyfikacyi: *Formal. 5·0, Kali acet. 5·0, Kali nitr. 2.0, Aquae dest. 250·0,* mieszając badać się mającą krew z płynem w stosunku 1 : 4. Pozostawiwszy krew $^1/_4$ g. w płynie, bierze kropelkę na szkiełko przedmiotowe, poczem podbarwia preparat wodnym rozczynem eozyny. Przy tym sposobie postępowania występuje według autora wyraźnie budowa krwinek, dozwalająca je nietylko jako takie rozpoznać, ale z uwagi na wyraźne wystąpienie niektórych szczegółów, mogąca posłużyć także do rozróżnienia przy pomocy pomiarów krwi ludzkiej od zwierzęcej. I tak, podczas kiedy w krwinkach czerwonych z krwi ludzkiej występuje wyraźnie zagłębienie w ich środku, przyczem brzeg jest wązki, różowy lub brunatno-czerwony, to w krwinkach z krwi zwierzęcej zagłębienia owego prawie się nie zauważa, brzeg zaś jest znacznie szerszy, a przez barwienie występuje jeszcze silniej różnica w wielkości. Sposób powyższy nie nadaje się przy badaniu śladów krwi zasuszonej; w tych przeto przypadkach postępował autor inaczej. Gdy miał do czynienia ze śladem zasuszonym, na przedmiocie twardym, nieprzepuszczalnym, działał na niego stosownie do grubości warstwy przez $^1/_2$—2 g.mieszaniną wyskoku i eteru; w przypadkach zaś, w których ślad znachodził się na przedmiotach takich jak papier, płótno, drzewo i t. p., krajał je na drobne kawałeczki, poczem wkładał do wyżej wspomnianej mieszaniny, i nie czekając wyparowania wyskoku i eteru, zdejmował ostrożnie ostrym nożem najcieńsze warstwy krwi i wkładał je do 3-go płynu Kaiserlinga, w którym zmniejszał ilość *Kali acetici (Aquae dest. 100·0, Kali acet. 10·0 Glycerini 20·0),* wreszcie rozprzestrzeniał ostrożnie na szkiełku przedmiotowem i dodawał nieco wodnego rozczynu eozyny. We wszystkich przypadkach, w których wogóle jeszcze krwinki czerwone się znachodziły, można je było doskonale rozpoznać.

W końcu zwraca autor na jednę jeszcze okoliczność uwagę, twierdząc, że przy jego sposobie badania zasuszonych plam, nierzadko daje się odpowiedzieć na pytanie, czy ślad krwawy pochodzi z ustroju żywego, czy też trupa. Jeśli krew, wzięta z osobnika żywego, zasuszymy i będziemy ją badać sposobem autora, spostrzeżemy, że krwinki ułożone będą w kształcie rulonów, podczas kiedy krew z trupa po zasuszeniu przedstawia pod mikroskopem bezkształtną masę, w której tylko tu i ówdzie napotka się krwinkę czerwoną. *Horoszkiewicz.*

Richter: **O kryształkach heminy.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. I. 1900). Autor starał się dociec przyczyny trudności, na które często trafia dodatni wynik próby heminowej; w tym celu badał pojedyncze okresy tworzenia się kryształków; według niego można tworzenie się kryształków heminy podzielić na 4 okresy: 1. rozpuszczenie materyału, przeznaczonego do badania, względnie krwi; 2. przemienienie barwika krwi w hematynę; 3. wprowadzenie chloru w drobiny hematynowe; 4. krystalizacya. W każdym z tych czterech okresów mogą się przydarzyć przeszkody, które spowodują ujemny wynik próby. Najczęstszą i najważniejszą przeszkodą wykazania hematyny w śladach krwawych jest trudność, z jaką rozpuszczają się owe ślady. Ta trudna rozpuszczalność, a szczególnie mała rozpuszczalność w kwasie octowym, polega przeważnie na przemianie hemoglobiny w hematynę. Wiek plamy krwawej, jakoteż jakość przedmiotu, na którym ona się znajduje, nie są bez wpływu na ujemny wynik próby; od tych bowiem czynników zależną lub przyspieszoną bywa przemiana hemoglobiny w hematynę. Wytworzenie się hemochromogeny wpływa również ujemnie na wynik dodatni próby; to ostatnie zauważa się czasem przy działaniu kwasem octowym na stare plamy. W tych przypadkach powinno się zamienić hemochromogenę w hematynę, zanim się przystąpi do wykonania próby. *Horoszkiewicz.*

V. Chlumsky: **O uruchomianiu stawu stężałego.** (ankylosis). *(Ctrbl. f. Chir.* 1900 Nr. 37). Każdy, kto choćby raz zamierzał przywrócić ruchomość w stanie zesztywniałym, wie, jak trudno osiągnąć wynik choćby zadawalniający. Ch. podjął tedy szereg doświadczeń na zwierzętach, chcąc znaleźć sposób o ile pewny, o tyle i dobry w zamierzonym wyniku. Biorąc analogię z niektórych metod, zalecanych ku utrzymaniu ruchomości w stawie szczęki dolnej, wycinał staw kolanowy u psów, a między okrwawione powierzchnie okostne wkładał płytki z rozmaitego wsysalnego lub trwałego materyału. Głównie robił doświadczenia z płytkami (różnej grubości) z magnezyi i z celuloidu. W każdym mniej więcej przypadku dochodził po pewnym czasie do wyników zadawalniających w tym stopniu, że nie waha się zalecać tę metodę i rokuje jej nie małą przyszłość. (Jeżeli jednak weźmiemy w rachubę, że doświadczenia swoje robił na stawach zupełnie zdrowych, a po operacyi puszczał zwierzęta wolno bez żadnego opatrunku, może raczej wypadnie przypuścić, że u ludzi w odpowiednich przypadkach rzecz pójdzie nie tą pożądaną drogą, lecz najpierw pod wpływem przebytej sprawy chorobowej, potem pod wpływem ciągłego ucisku, powstanie ropienie wokoło ciała obcego, przeciw któremu występując, trzeba będzie wyjąć płytkę, nie wsysającą się, potem zaś, po tej operacyi powróci pierwotne stężenie. *(Przyp. ref.).* *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Loewy (Berlin). **Przyczynek do działania johimbiny** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr 42, 1900). Celem pobudzenia, a względnie podniecenia, zdolności spółkowania używają osadnicy niemieccy w południowo-zachodniej Afryce odwaru z kory drzewa zwanego Yumbehoa, osiągając tym sposobem wcale zadowalniające skutki. Autor, chcąc dociec, czy odwar ten istotnie korzystnie wpływa na czynność narządu płciowego, postarał się o przetwór chemiczny z wspomnianej kory i przeprowadził szereg badań na kotach i psach. Wstrzykując tym zwierzętom pod skórę wodny roztwór (1 : 500) tego przetworu, znanego pod nazwą johimbina, w ilości $2^1/_2$—3 ctm.^{3}, czyli 0,005—0,01 substancyi, otrzymywał, obok objawów ogólnego odczynu, także bardzo charakterystyczne zmiany w narządzie płciowym: jądra obrzmiewały i twardniały, pojawiało się silne przekrwienie i następowy wzwód prącia. Wprawdzie nie zdołał autor zauważyć, czy obok tego była także podnieconą chuć płciowa, atoli u ludzi miałoby to już podrzędniejsze znaczenie, albowiem chuć jest w tym przypadku zupełnie niezawisłą od zdolności (potentia) spółkowania. Wreszcie dodać należy, że johimbina w powyższych dawkach wcale nie wpływała drażniąco na nerki — zaleta, któraby ją korzystnie różniła od przetworów muszek hiszpańskich (kantarydyny).

Dr. Henryk Pisek.

Leczenie padaczki według Laudenheimera *(Die Therapie d. Gegenwart,* Nr. 7, 1900) odbywa się w naszych czasach przetworami bromu, lub też jego surogatami.

Ustrój ludzki może bez szwanku nagromadzić w sobie bardzo nawet znaczną ilość bromu. Jeden z pacyentów autora, który zażywał po 10·0 dziennie bromku sodowego, dopiero po upływie 3—4 tygodni począł wydalać z ustroju takąż ilość tej soli bromowej, której w ciągu 8 dni zatrzymał w sobie 45,0. Na stopień nasycenia ustroju bromem wpływa nietylko ilość jego codzienna, lecz i osobnicza wrażliwość ustroju. Słabe objawy bromicy nie powinny stanowić przeciwwskazania do dalszego stosowania bromu; zniknięcie odruchu połykowego nie jest bezwzględnym zwiastunem nastania groźnych zaburzeń; o wiele więcej niepokojącym objawem jest znieczulenie rogówki, jeśli się utrzymuje dłużej, niż dwa lata. Autor uważa zwyczajną dzienną dawkę bromku sodowego, 2,0—4,0 za małą i sądzi, że niżej 6.0 nie należy polecać. Według tego badacza nie posiadamy niezbitego dowodu, ażeby bromki: strontu, cezu i rubidu były mniej trujące, niż bromek sodowy, potasowy i t. d., jak to niektórzy utrzymują. Z nowszych przetworów bromu Laudenheimer zastanawia się nad bromaliną i bromipiną. Według osobistego doświadczenia autora bromalina nie nadaje się do leczenia ciężkich przypadków padaczki, gdyż chorzy wzbraniają się przyjmować tak wielkiej ilości tego leku (20,0=8,0—10,0 BrNa), ze względu na znaczną objętość i przykry smak; natomiast w lżejszych postaciach padaczki bromalina dobrze oddaje usługi. Bromipina zawiera w sobie 10% bromu; należy jej polecać przynajmniej dwie łyżki stołowe dziennie; chorzy znoszą dobrze do 4 łyżek bromipiny, a autor po jej stosowaniu nigdy nie stwierdził bromicy; natomiast efekt leczniczy bromipiny jest słabszy, niż soli bromowych. Dobrą stroną bromipiny jest to, że wraz z bromem wprowadza się znaczną ilość oleju łogowego (*ol. Sesami*), co ma znaczenie dla chorych wycieńczonych, a przytem jest jedynym przetworem bromowym, który może służyć do podskórnych wstrzykiwań. Z połączeń bromu z innymi przetworami przeciwpadaczkowymi wymienia Laudenheimer następujące metody lecznicze: Flechsiga (brom z makowcem), Moeli (brom i atropina), Bechtierewa (brom i gorzykwiat *[adonis]*), Gowersa (brom i naparstnica).

Z gromady surogatów bromu kładzie autor na pierwszem miejscu wodnik chloralu, mianowicie w przypadkach, kiedy chory nie znosi większych dawek bromu; w tych razach np. po dwóch łyżkach w ciągu dnia bromu doradza zalecić jedną dawkę chloralu. *Extr. fl. piscidiae erythrinae* daje dobre wyniki w przypadkach lekkich (5 do 15 łyżeczek od kawy dziennie). *Amylenhydrat* zaleca autor w napadzie padaczkowym, 5.0 na raz, a jeszcze lepiej w lawatywie. *A. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 3 października 1900.

Przewodniczy kol. prof. Wachholz.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Wachholz zdaje sprawę z działalności Komitetu Towarzystwa w czasie wakacyjnym. W czasie tym odbył się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jeden z najliczniejszych i najświetniejszych tak formą, jak i treścią, w którym, jak to wykazuje sprawozdanie z poszczególnych sekcyi, brali czynny i żywy udział członkowie Towarzystwa. Towarzystwo reprezentowała osobna deputacya w czasie przejazdu Monarchy przez Kraków.

Towarzystwo straciło w ostatnich dniach długoletniego członka w osobie śp. prof. Zarewicza. który pracą swą, już to jako członek, już też jako zastępca przewodniczącego, sekretarz stały i skarbnik zajął wybitne miejsce w historyi Towarzystwa. Obecni uczcili pamięć zacnego i prawego Kolegi przez powstanie.

III. Kol. Gliński przedstawia 3 okazy wrzodu okrągłego. stanowiące niejako 3 okresy rozwoju tego cierpienia. W przypadku 1ym, dotyczącym 18-letniej dziewczyny. wrzód dwunastnicy przebiegał za życia niepostrzeżenie i chora zwróciła się o poradę lekarską z powodu ropnia pozapołykowego; po nacięciu tego ropnia, chora czuła się zupełnie dobrze, gdy niespodziewanie wystąpił silny zapad i mimo natychmiastowej pomocy lekarskiej, chora rychło zmarła; badanie pośmiertne prócz dobrze gojącego się ropnia pozapołykowego wykazało na tylno-górnej ścianie dwunastnicy, tuż poniżej odźwiernika, owrzodzenie wielkości grosza o wszelkich cechach świeżego wrzodu okrągłego; wrzód ten drąży przez wszystkie warstwy dwunastnicy i przebija się do jamy brzusznej, w której znaleziono dość obfitą ilość treści pokarmowej; zmian zapalnych na otrzewnej nie znaleziono i tylko w bezpośredniem otoczeniu wrzodu, widoczne były bardzo drobne i delikatne naloty włóknikowe.

Okaz 2-gi pochodzi ze zwłok 46-letniego mężczyzny, u którego badanie pośmiertne wykazało obecność wrzodu okrągłego na tylnej ścianie żołądka w okolicy krzywizny małej, bliżej ku odźwiernikowi; wrzód ten wielkości korony posiada brzegi twarde, bliznowaciejące, drąży prawie do otrzewnej, w którem to miejscu żołądek jest silnie pozrastany z otoczeniem; wrzód ten przedstawia cechy wrzodu już starszego, okazującego skłonność do bliznowacenia. I w tym przypadku za życia wrzód ten nie dawał objawów, mimo że na stan żołądka zwracano baczną uwagę ze względu na jednoczesne zmiany nowotworowe w wątrobie.

Okaz 3-ci, znaleziony w zwłokach 55-letniej kobiety, przedstawia cechy już bardzo starej blizny po wrzodzie okrągłym, usadowionym na przedniej ścianie żołądka bliżej ku odźwiernikowi; wrzód ten przebiegać musiał przewlekle, gdyż dał powód do silnych zrostów między żołądkiem a otoczeniem, przebił się do poprzecznicy, dzięki czemu wytworzyła się przetoka żołądkowo-poprzecznicza, wreszcie spowodował klepsydrowate przewężenie żołądka. Objawy kliniczne za życia przemawiały za rakiem żołądka.

Okazy powyższe przedstawiają pewien interes ze względu na jednoczesne zestawienie różnych okresów jednej i tej samej, bądź co bądź dość rzadkiej sprawy chorobowej, nie pozbawione są jednak interesu i z innych względów: 1) usadowienie tych wrzodów jest dość niezwykłe: w jednym przypadku w dwunastnicy, w drugim na przedniej ścianie żołądka; 2) przebieg za życia był również niezwykły (w 2-ch przypadkach nie dawały one żadnych objawów, w trzecim obraz kliniczny przemawiał za rakiem żołądka); 3) zejście wreszcie również nie należy do codziennych: w jednym przypadku (1) ostro przebiegający wrzód przebił do jamy brzusznej, powodując prawie nagłe zejście śmiertelne bez zmian zapalnych na otrzewnej; w drugim (3) natura spełniła rolę chirurga, tworząc sztuczne połączenie między żołądkiem, a jelitami i myląc się, że się tak wyrazimy, tylko co do wyboru odpowiedniego odcinka jelit. Przy sposobności zwraca prelegent uwagę na fałszywe zazwyczaj tłómaczenie sposobu powstawania wrzodów okrągłych w dolnej części przełyku; zwykle trawiący wpływ przypisujemy tutaj kwaśnej treści żołądkowej, dostającej się do przełyku przy wymiotach. Na podstawie badań histologicznych przełyku z ostatnich czasów, a przedewszystkiem prof. Schaffera, sprawa ta przedstawia się odmiennie, a zarazem znacznie prościej: trudno przypuścić, aby cofająca się z żołądka kwaśna treść mogła pozostawać dłużej w przełyku, co jest niezbędne do zadziałania na błonę śluzową. Otóż badania Schaffera i innych wykazały, iż w ścianach przełyku (i to zarówno w częściach górnych, jako też środkowych i dolnych) dość często spotykamy odcinki o budowie błony śluzowej żołądka z typowymi gruczołami trawieńcowymi, które i tutaj widocznie wytwarzają kwas solny, w ten sposób nie cofająca się z żołądka kwaśna treść, lecz wytwarzający się na miejscu w przełyku kwas solny jest jednym z czynników umożliwiających powstawanie i tutaj wrzodu okrągłego.

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Pieniążek tłómaczy nagłą śmierć w przypadku pierwszym przerwaniem się zlepu włóknikowego, jaki się wytworzył na dnie dawniej przebitego wrzodu. Kol. prof. Wachholz opisuje ze swej praktyki sądowo-lekarskiej dwa przypadki wrzodu żołądka, których pęknięciu towarzyszył uraz zewnętrzny. Kol. Doc. Rutkowski dołącza do przypadku kol. Glińskiego dwa przypadki wrzodu dwunastnicy ze swej praktyki. Co do nagłego zejścia śmiertelnego w przypadku pierwszym jest zdania, że przebicie nastąpiło wprost bez wytwarzania się zlepu włóknikowego. Za przyczynę śmierci przyjmuje zapalenie otrzewnej piorunujące i zakażenie posokowate, a nie „shok,“ jak chce kol. Gliński. Z ostatniem zdaniem kol. Rutkowskiego zgadza się kol. prof. Wachholz, który zaznacza, że w medycynie sądowej nie wolno jest rozpoznawać „shoku.“

IV. Kol. prof. Pieniążek opisuje cały szereg przypadków, w których istniały wśród wykonania tracheotomii bardzo wielkie trudności, bądź to z powodu rozległych nowotworów złośliwych gruczołu tarczykowego, uciskających na tchawicę, bądź też z powodu nieprawidłowych zboczeń tchawicy. W niektórych z nich zmuszonym był uciekać się do rozcinania krtani, sposobu, który uważać należy za ostatnią w tych razach ucieczkę.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

8. Chirurgia trzustki. (Dok.)

Ceccherelli (Parma): Chirurgia trzustki obejmuje dziś wszystkie zagadnienia, tyczące się zboczeń w czynności tego narządu, które się objawiają: *a)* obecnością tłuszczu w kale, *b)* cukru w moczu, *c)* wynędznieniem ogólnem, *d)* bronzowem zabarwieniem skóry, *e)* żółtaczką i *f)* bólami.

Całkowite usunięcie trzustki nastręcza wielkie trudności bądź z powodu głębokiego jej usadowienia, bezpośredniego sąsiedztwa z innemi trzewami, wielkiej obfitości naczyń i nerwów, bądź też z powodu ważnej roli, jaką narząd ten odgrywa w czynności trawienia. Że chirurgia trzustki nie stoi jeszcze na tej wysokości, do jakiej doszła chirurgia innych trzew brzusznych, przyczyna tego tkwi w wielkich trudnościach rozpoznawczych, nie dozwalających w większej części przypadków rozpoznać cierpienia trzustki w samym jego początku. Chirurgia ogona trzustki ma w przyszłości większe widoki powodzenia, niż chirurgia głowy tego narządu. Doświadczenia wykazały, że całkowite usunięcie trzustki jest możliwe i nie pozbawia życia zwierząt; niema jednakowoż dotychczas żadnych danych, wskazujących, że zabieg ten możliwym będzie u ludzi w przypadkach, gdzie trzustka jest chorobowo zmieniona i gdzie zmiany chorobowe nie ograniczają się jedynie do niej samej, ale przechodzą także i na otoczenie, n. p. w przypadkach złośliwych nowotworów trzustki.

Zmiany gruźlicze i kiłowe dają wskazanie do częściowego usuwania trzustki, przyczem należy się starać o ile możności o zachowanie jednego z przewodów.

Najczęstszymi guzami trzustki są torbiele, powstające po krwotokach najczęściej urazowego pochodzenia i zawierające ówczas treść krwawą lub torbiele z zadzierżenia (retencyjne). W tych przypadkach zabieg jest wskazany i pożyteczny, a polegać powinien na usunięciu worka torbieli i zeszyciu dokładnem trzustki. Gdy worek usunąć się nie da, należy nacięte jego brzegi wszyć w powłoki brzuszne.

Kamienie trzustkowe należy usuwać, wyciągając je odpowiedniemi narzędziami. Obumarcie miąższu trzustki wymaga zabiegu chirurgicznego, celem usunięcia obumarłych części.

W przypadkach zapalenia trzustki ropnego lub posokowatego należy przeczekać okres ostry i stosować zabieg dopiero wtedy, gdy wystąpi ograniczony ropień. W celu otwarcia ropnia wybierać można różne drogi i tak: *a)* drogę śródotrzewnową (cięcie w linii środkowej brzucha poniżej pępka), *b)* drogę pozaotrzewnową, najlepiej od strony lędźwiowej, *c)* drogę śródopłucnową. Zapalenie przewlekłe, połączone ze znacznem powiększeniem głowy trzustki, prowadzić może z powodu ucisku na przewód żółciowy wspólny i odźwiernik do zaburzeń ze strony wątroby i żołądka. W przypadkach tych zabieg musi być skierowanym nie do trzustki samej, ale do przewodu żółciowego, względnie do żołądka i polegać ma na przywróceniu wolnego przepływu żółci, względnie treści żołądkowej.

W przypadkach przepuklin, których treścią jest trzustka, a które występować mogą po urazach, należy odprowadzić trzustkę na swoje miejsce i dla pewności umocować ją w nadanem ułożeniu przez przyszycie. Gdy wspomniana przepuklina jest usadowiona w przeponie, najlepiej wybierać drogę śródopłucnową. W razie stłuczenia trzustki, gdy krwotok jest duży, wskazany jest zabieg, który polega na okłóciu lub podwiązaniu krwawiących naczyń. Trzustkę wędrującą, którą kilka razy spostrzegano, należy przymocować zapomocą szwów.

W przypadku uwięźnięcia trzustki (invaginatio pancreatis) należy stósować zabieg, — skoro tylko wystąpią cechujące objawy. W razie zatkania przewodu trzustkowego między trzustką a dwunastnicą, można, w celu przywrócenia wolnego wypływu soku trzustkowego, stworzyć sztuczne połączenie między przewodem a dwunastnicą. W przypadkach trzustki pierścieniowatej (pancreas annularis) należy operować, gdy istnieją zaburzenia ze strony żołądka, względnie jelit.

Szew założony przez miąższ trzustki nie wywołuje, podobnie jak szew wątroby, śledziony i nerki, żadnych zaburzeń. Szyjąc przewód trzustkowy, należy uważać, by szew warstwy wewnętrznej był zupełnie zakryty, a to dlatego, by unikać tworzenia się około odsłoniętych nitek złogów soli nieorganicznych.

Mayo Robson (Leeds): Choroby trzustki są częstsze, niż się przypuszcza. Sam R. operował 40 przypadków, spostrzegał zaś znacznie większą ilość chorych, którzy się na zabieg nie zgadzali, lub

też sam ich do operacyi nie nakłaniał, nie spodziewając się pomyślnych wyników pooperacyjnych. W przypadkach ropnia trzustki, najlepiej dostawać się do trzustki od tyłu. Celem łatwego wyszukania przewodu trzustkowego należy naciąć dwunastnicę w części zstępującej i otworzyć koniec przewodu na brodawce. Spostrzegał 50 przypadków raka trzustki w wieku powyżej 40 lat. Guzy trzustki, spotykane w młodym wieku i uważane za raka, nie są nim, lecz są wynikiem przewlekłego zapalenia. Ważną rzeczą jest rozpoznać dokładnie umiejscowienie guza i ocenić, czy zajmuje on głowę, trzon, czy też ogon trzustki. W przypadkach guzów operacya jest często nietylko pożyteczna, ale nawet konieczna i to tak w młodym, jak i starym wieku, zwłaszcza gdy istnieje tylko przewlekłe zapalenie trzustki. W przypadkach raka amputacya trzustki jest tylko wtedy możliwą i wskazaną, gdy guz jest ograniczony i usadowiony w głowie lub ogonie trzustki; lub, co się tylko wyjątkowo przydarzyć może, gdy się operacyę przedsiębierze w samych początkach rozwoju choroby. Z 13 przypadków, w których wykonał z powodu groźnych objawów ze strony wątroby cholecystotomię lub cholecystenterostomię, 9 wyszło i miało dłuższy czas możliwie znośne życie. W przypadkach, które operował z powodu domniemanego raka trzustki, a które do dnia dzisiejszego żyją i dobrze się mają, przyjmuje obecnie tylko przewlekłe zapalenie i ztąd też radzi operować we wszystkich, nie zadaleko posuniętych przypadkach tak w młodym, jak starym wieku. Z 5-ciu przypadków, operowanych z powodu torbieli trzustki, w czterech wykonał tylko nacięcie i wypróżnienie torby. Z tych czterech troje wyzdrowiało; radzi nie używać tego sposobu. Zapalenie trzustki dzieli analogicznie do spraw zapalnych, toczących się w wątrobie (*cholangitis infectiosa v. suppurativa*, *hepatitis interstitialis chronica)* na 1) sprawy zapalne, toczące się w przewodach trzustki (*pancreoangitis infectiosa vel suppurativa*) i na 2) sprawy zapalne, toczące się w tkance śródmiąższowej (*pancreatitis interstitialis chronica)*. Im więcej się zdolność rozpoznawcza wydoskonali, tem łatwiej będzie rozpoznać wspomniane choroby i tem ściślej będzie się je różniczkować. Na razie dzieli choroby zapalne trzustki na: zapalenie trzustki ostre, ropne, krwotoczne i zgorzelinowe. Obok zakażenia drobnoustrojowego w etyologii ostrych zapaleń trzustki odgrywają rolę czynniki tego rodzaju, jak nieżyt żołądkowo-dwunastnicowy, zranienia trzustki, kamienie trzustkowe i żółciowe. Droga, którą się zakażenie przedostaje, jest najczęściej ujście przewodu trzustkowego. Z 4 przypadków ropnia trzustki dwa, operowane od strony lędźwiowej, wyzdrowiały, dwa zaś, operowane od przodu, zakończyły się niepomyślnie. Zapaleniu przewlekłemu trzustki, połączonemu z zapaleniem przewodu trzustkowego i jego ujścia, towarzyszą prawie z reguły kamienie żółciowe w przewodzie wspólnym. Z 3 przypadków zapalenia trzustki krwotocznego wszystkie były pochodzenia urazowego. Kamienie trzustkowe są rzadkością i dają się rozpoznać jedynie z objawów towarzyszącego zapalenia trzustki, lub z okazyi równoczesnego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. W przypadkach kamieni radzi nacinać dwunastnicę w części zstępującej.

Michaux (Paryż) miał przypadek pęknięcia trzustki po urazie. Nie mogąc założyć szwu, zastósował kleszcze hemostatyczne i tamponadę, chory umarł. Na tej podstawie sądzi, że chirurgia w przypadkach urazowych pęknięć trzustki nie wielkie ma widoki. Co się tyczy raków trzustki, to te znajdują się zwykle podczas operacyi w takim stanie, że o usunięciu ich mowy być nie może. Dwa operowane przez niego przypadki zakończyły się niepomyślnie.

Boeckel (Strassburg) jest zdania, że zranienia trzustki wskutek dużych krwotoków i równoczesnych zranień sąsiednich trzew, kończą się w krótkim czasie śmiercią. Z 10 znanych przypadków 8 zmarło. Jedyną pomocą w tych razach jest tamponada. O wyszukaniu krwawiących naczyń i podwiązaniu ich mowy być nie może. Operacya torbiela trzustki jest łatwą, gdyż guz jest zwykle uniesiony w górę i ztąd nacięcie jego nie przedstawia prawie żadnych trudności. Operacye w przypadkach zmian w samym miąższu trzustki nie mają wielkich widoków, a to raz z powodu głębokiego usadowienia tego narządu i bezpośredniego sąsiedztwa z wielkiemi naczyniami, a powtóre z powodu, iż wycinać można zaledwo małe części gruczołu, gdyż zupełne jego usunięcie prowadzi do śmiertelnie kończącej się cukrzycy.

Villar (Bordeaux) opisuje dwa przypadki guza trzustki, w których wykonał laparotomię, jednakowoż dopiero nekroskopia wyjaśniła, z czem się miało do czynienia. Niektóre podprzeponowe ropnie biorą początek z trzustki. W przypadkach nagłej śmierci, w których bóle przechodziły z lewego boku ku prawemu i ku talerzowi biodrowemu, należy myśleć o udarach trzustki; w przypadkach zaś, gdzie bóle rozpromieniają się od żołądka ku kręgosłupowi i gdzie występuje stłumienie między żołądkiem a poprzecznicą, należy myśleć o guzach trzustki.

Usunięcie worka torbiela nasuwa często wielkie trudności; — wtedy należy się ograniczyć do samego ich nacięcia. Guzy dobrotliwe dają się łatwo usuwać, podobnie jak złośliwe, ale ograniczone do ogona lub trzonu trzustki; złośliwe nowotwory głowy trzustki nie zawsze się dają usunąć.

Subboticz (Belgrad) operował przypadek zapalenia trzustki krwotocznego. Badanie anatomiczne wykazało, że zapalenie przewlekło trzustki, jakie się po urazie wywiązało, doprowadziło następnie do zwężeń i zupełnego zarośnięcia przewodów, z następowem ich rozszerzeniem, dającem obraz wielokrotnych torbieli, z których jeden był wielkości główki dziecka. (C. d. n.).

* * *

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 7 kwietnia 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uwolniono kol. A. B. i F. od zaległej wkładki na rok bieżący.

II. Pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie odezwy Izby, dotyczącej posad lekarzy kolejowych na przestrzeni Chabówka-Zakopane i pismo c. k. Ministerstwa wojny w sprawie wynagradzania lekarzy cywilnych, powołanych do czasowego zastępstwa lekarzy wojskowych, przyjęto do wiadomości, jak również i pismo, zawiadamiające o zawiązaniu się Stowarzyszenia lekarzy wiedeńskich.

Sprawę wystawiania świadectw w przypadkach uszkodzeń, poruszoną pismem Izby bukowińskiej, poruczono kol. Walczyńskiemu z prośbą, by na posiedzenie pełnej Izby wygotował referat w tym duchu, że lekarze winni wystawiać podobne świadectwa tylko na żądanie Towarzystwa ubezpieczającego i to za odpowiedniem wynagrodzeniem ze strony Towarzystwa. Uchwała ta ma także dotyczyć lekarzy, będących w stałym stosunku służbowym do pewnych instytucyj (n. p. kolejowych) w przypadkach, dotyczących członków tej instytucyi.

III. Udzielono zapomogi: mag. chir. S. B. 100 koron, wdowie po lekarzu T. K. 50 koron.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Kohn i Dr. Trzebicky.

I. Uchwalono odpowiedzieć na pismo Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w sprawie zwrotu wkładek za członków tejże Izby, praktykujących podczas sezonu kąpielowego w obrębie Izby zachodnio-galicyjskiej w tym duchu, że Izba uprasza o zwrot wkładek za lata ubiegłe, a co do uchwalenia pewnego ryczałtu w myśl uchwały V wiecu Izb na lata przyszłe, wstrzymuje się Izba aż do ratyfikowania uchwał wiecu.

II. Wskazówki dla lekarzy przy zawieraniu umów z kasami chorych, przysłane przez Izbę dolno-austryacką, oddano do referatu Drom Łazarskiemu i Trzebickyemu z przybraniem Dra Różeckiego.

III. Pismo S. P. w sprawie szczepienia ospy odesłano autorowi z tem nadmienieniem, że sprawa ta nie wchodzi w zakres działania Izby.

IV. Nad listem otwartym Docenta Dra Bossowskiego w sprawie pokrycia niedoboru w kasie Izby przeszedł Wydział do porządku dziennego.

V. Uchwalono umieszczać uchwały Izby i protokóły

posiedzeń, oprócz w *Przeglądzie lekarskim*, także w *Aerztekammerblatt*.

PROTOKOŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 3 maja 1900.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Walczyński i Trzebicky.

I. Uwolniono 2 kolegów od wkładek.

II. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby w dniu 16 czerwca i ułożono porządek dzienny dla tegoż posiedzenia. Gdy na temże posiedzeniu miała zapaść ratyfikacya uchwał wiecu Izb, odbytego w dniu 13 i 14 października 1899 r. w Baden, uchwalono co do niektórych punktów nie przyłączać się w zupełności do tych uchwał, a mianowicie w sprawie partactwa lekarskiego (punkt 2) wstrzymać się na razie od uchwalenia pierwszej części, dotyczącej t. zw. „Naturheilverfahren“, jako u nas nieaktualnej. W sprawie udzielania zaś koncesyi na wykonywanie praktyki lekarskiej przez nielekarzy, uchwalono zgodzić się w zasadzie z uchwałą wiecu, wstrzymać się jednakże od wnoszenia jakiegokolwiek memoryału aż do chwili, gdyby się Izba o podobnym fakcie, zaszłym w obrębie Izby naszej, dowiedziała.

III. Sprawę wynagrodzenia lekarzy przez strony prywatne (punkt 5) uważa Wydział w naszych stosunkach za niedającą się unormować.

IV. W sprawie upłacania wkładek przez lekarzy do Izby (punkt 7) uchwalono zgodzić się na część 1 i 2, dotyczącą kwartalnego obliczania wkładek i płacenia przez lekarzy, zmieniających swą siedzibę w ciągu roku, wkładki do tej Izby, w której obrębie praktykowali z początkiem roku kalendarzowego; natomiast, co do punktu 3, dotyczącego lekarzy kąpielowych, uchwalono trzymać się dotychczasowej praktyki.

V. Na uchwałę wiecu, dotyczącą lekarzy, zwłaszcza dentystów wędrownych (punkt 10), uchwalono nie zgodzić się.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 8 listopada 1900.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol prof. Kader przedstawił pięć rzadkich przypadków z kliniki krakowskiej: 2) kol. Dr. Lewkowicz miał odczyt: »O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego, na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego. Odczyt ten, który wywołał ożywione rozprawy, uzupełnił prelegent demonstracyą preparatów i hodowli.

— W ubiegłym tygodniu odbyły się ostatnie posiedzenia ściślejszego i obszerniejszego Komitetu gospodarczego IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Na posiedzeniach tych odczytano reskrypt Namiestnictwa, zawiadamiający, że Cesarz Franciszek Józef polecił IX. Zjazdowi wyrazić swe Najwyższe podziękowanie za przesłane Mu przez Zjazd wyrazy hołdu. Następnie po odczytaniu innych jeszcze podziękowań i pism gratulacyjnych, przedstawił przewodniczący Komitetu prof. Kostanecki, ostatnie dokonane czynności, jak rozesłanie Nr. 5 »Dziennika« Zjazdu i t. d., poczem skarbnik, Dr. Gwiazdomorski, zdał sprawę z obrotu funduszami, a redaktor »Dziennika,« Doc. Dr. Raczyński, złożył sprawozdanie z tego wydawnictwa. Komisya rewizyjna. złożona z prof. Dr. Łazarskiego i prof. Dr. Żórawskiego, znalazłszy księgi i rachunki we wzorowym porządku, wniosła dla obu sprawozdawców absolutoryum i podziękowanie, które uchwalono. Dyrektor Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, Dr. Śliwiński, oświadczył, że rachunki Wystawy nie mogły być dotąd ukończone i że w swoim czasie przedstawi je Komisyi rewizyjnej, względnie delegacyi Zjazdów. W ten sposób ukończywszy swoje urzędowanie, rozwiązał się Komitet gospodarczy, składając tok spraw w ręce Delegacyi Zjazdów, która już rozpoczęła starania, aby uchwały IX Zjazdy mogły wejść w życie.

* Doc. dr. Wiktor Wehr mianowany został prof. nadzwyczajnym chirurgii w Uniw. lwowskim.

* Dnia 1 listopada odbył się wykład habilitacyjny Dra Stanisława Maziarskiego, asystenta przy katedrze fizyologii w Uniw. Jagiell. na temat: »O narządach ruchu i elementach kurczliwych.«

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę profesorów Wydziału lekar. we Lwowie i udzielił veniam legendi Dr. Gustawowi Bikelesowi do wykładów w Uniw. lwowskim z zakresu anatomii układu nerwowego.

* Stopień Doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Arminiusz Aleksander Mojmir.

* Grono osób, pragnących uczcić pamięć ś. p. Dra S. Kondratowicza, ofiarowało kwotę 2000 rub. warszawskiemu Towarz. Lekarskiemu z tem, aby kapitał ten stanowił fundusz wieczysty imienia śp. Stanisława Kondratowicza, a odsetki od niego były obracane na kupno książek dla biblioteki Towarzystwa.

* Na Wydziale lekarskim kijowskiego Uniwersytetu wydalono 84 medyków, z powodu niezdania egzaminu półrocznego. Ta kolosalna liczba każe dziennikom miejscowym przypuszczać błędy w programie i kierunku wykładów; nawołują one do zbadania tej sprawy przez wyznaczoną w tym celu komisyę.

* Według sprawozdania Dra Bertarellego w »Riv. d'Igiene e sanita pubblica« śmiertelność z błonicy we Włoszech od czasu wprowadzenia surowicy przeciwbłoniczej zmniejszyła się o dwie trzecie.

* W Trenton (New. Yersey) wydano ostrą ustawę, wymagającą od lekarzy meldowania wszystkich przypadków gruźlicy. Lekarz, któryby nie doniósł władzy o przypadku gruźlicy w ciągu miesiąca od dnia zrobienia rozpoznania, ma być karany aresztem.

* Wydział lekarski Uniw. w Köwenhaven wydał opinię, że nagrodę pieniężną Nobla należy przyznać prof. Finsenowi, iako wynalazcy leczenia tocznia (lupus) światłem.

* W Berlinie wprowadzono już w życie instytucyę »publicznej kuchni dla chorych,« na czele której stoi księżna na Raciborzu.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Thilenius (Strasburg) otrzymał wezwanie na stanowisko profes. nadzw. antropologii i etnologii w Wrocławiu. Dr. Herbitz mian. został profes. anatom. patologii w Chrystyanii. Nadzw. prof. dermatologii w Parmie, Mibelli, mianow. prof. zwyczajnym. Dr. Busch mian. prof. fizyologii w Buffalo. Dr. Jacobi został powołany na katedrę dermatologii do Freiburga.

Krajowa Dyrekcya skarbu nadała posady lekarzy salinarnych: Dr. Tadeuszowi Węclewskiemu w Stebniku; Dr. Romualdowi Baranieckiemu w Kossowie; Dr. Mieczysławowi Kazrlikowi w Bolechowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Teijeiro, prof. chirurgii w Santiago (Hiszpania). Dr. W. Browning prof. anatomii w Broklynie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Z. 20 Dr. Zawadzkiego I.: Lekarz jako biegły przed sądem. Dr. Bregmanna L.: O padaczce (dok.) W *Medycynie* Nr. 44 Dr. Ołtuszewskiego W.: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy, oraz obecne jej zadanie (dok.) Dr. Palmirowskiego Wł.: O dżumie ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej (dok.) W *Zdrowiu* (listopad): O kąpielach ludowych, względnie fabrycznych. Dr. Szumlańskiego W.: Kąpiele dla urzędników i robotników kopalni »Jerzy.« Dr. Widera: Kąpiele ludowe w Zagórzu. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 44: Reichmana M.: O leczeniu kamicy żółciowej. Dr. Chodźki W.: Przyczynek do kwestyi objawu paluchowego Babińskiego, oparty na zbadaniu przeszło tysiąca osobników chorych i zdrowych (dok).

Redakcya otrzymała:

Dr. Braun I.: Die Resultate der Behandlung der Tuberculose mit Thiocol (Odbitka w »Klin.-Therap. Wochenschrift« Nr. 38, 1900).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.